

Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III)

O Varela-González¹, I Algora-Donoso², M Gutiérrez-Blanco³,
ME Larraz-Pascual³, L Barreales-Tolosa⁴, A Santamaría-Morales⁴

¹Psiquiatra consultora del centro (Doctora por la Universidad Complutense de Madrid).

²Farmacéutica del centro (Licenciada).

³Médicas oficiales del centro (Licenciadas).

⁴Especialistas en Medicina Preventiva y Epidemiología (Licenciadas).

RESUMEN

El uso de psicofármacos en el entorno de atención primaria está aumentando exponencialmente y el medio penitenciario no constituye una excepción a esta tendencia. Con alguna frecuencia estos tratamientos se prescriben buscando utilidades terapéuticas en relación con trastornos de personalidad, dependencias y conductas disfuncionales que no han sido aceptadas como indicaciones (uso compasivo). El presente estudio ha permitido una descripción pormenorizada del uso de psicofármacos en el Centro Penitenciario (CP) Madrid III, uno de los centros con menor gasto farmacéutico de la Comunidad Autónoma. Durante dos semanas se registraron todas las prescripciones de psicofármacos junto con diversos parámetros que pudiesen resultar condicionantes. Un 23,46% de la población recibía algún tipo de psicofármaco; el 76% de los internos a tratamiento recibía uno o dos psicofármacos, un 65% tenía prescritos ansiolíticos, un 38% antidepresivos y un 27% antipsicóticos. El consumo total de psicofármacos ascendió a 9.840 Dosis Diarias de Mantenimiento, un 46% de las cuales correspondían con ansiolíticos, un 17% con antidepresivos y un 14% con antipsicóticos. En dos semanas, el gasto total sumó 5.379 euros y los antipsicóticos acumularon un 72% del coste (3.857 euros). Hay indicios de que el uso compasivo de nuevos antipsicóticos y antiepilépticos supone un porcentaje sustancial del incremento del gasto con dudosa utilidad. Los resultados del estudio apuntan al médico prescriptor como agente primordial en relación con qué, cuánto y con qué coste se prescribe. Al contrario de lo que cabía esperar, no se encontró asociación entre variables como la edad, nacionalidad, grado o tipo de condena de los internos y la prescripción de los distintos subgrupos de psicofármacos con la excepción de las benzodiazepinas.

Palabras clave: Psicotrópicos, Utilización, Atención Primaria, Prisiones.

THE USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN PRISON (CP MADRID III)

ABSTRACT

The use of psychotropic drugs in primary care has exponentially increased and prisons are no exception. These drugs are often prescribed in order to find therapeutic uses in the fields of personality disorders, addictions, and dysfunctional behaviours that have not been accepted as indications (compassive use). This study enabled us to make a detailed description of the use of psychiatric drugs at the Madrid III prison, a centre with one of the lowest levels of pharmaceutical expenditure in the region. For a two-week period, all prescriptions of psychotropic drugs were collected and registered along with data of several possible conditioning factors. 20.5% of the population was receiving some kind of psychiatric drug; 76% of those inmates undergoing treatment were receiving one or two psychotropic drugs; 65% were taking sedatives, 38% antidepressants and 27% antipsychotic medication. The total amount of psychotropics consumed was 9,840 DDDs, 46% of which were sedatives, 17% of those being antidepressants and the other 14% antipsychotics. The total cost of the fortnight's treatment was 5,379 euros, 72% of which was spent on antipsychotic medication. There are signs that compassionate use of the latest generation of antipsychotics and antiepileptics, and the newer antidepressants are a main cause of the dramatic increase in cost, and cost efficiency has not always been clearly demonstrated. One of the key influencing factors on amount, type and cost of treatment was the prescriber. An unexpected result was that of finding no relationship between age, nationality, grade or other individual variables and prescription of different kind of medication, with the exception of benzodiazepines.

Key words: Psychotropic Drug, Utilization, Primary Health Care, Prison.

Texto recibido: junio 2006

Texto aceptado: noviembre 2006

Artículo ganador del Accésit de la III edición del Premio de Investigación en Sanidad Penitenciaria.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas ha ido creciendo el interés por la realidad de la patología psiquiátrica en las prisiones. Aunque el pistoletazo de salida para la investigación en este campo lo da el trabajo de Gunn sobre las necesidades de asistencia psiquiátrica en las prisiones de Inglaterra y Gales en 1991¹, la semilla la plantó un psiquiatra británico que en 1939 dio su nombre a la llamada “Ley de Penrose” que postulaba la existencia de una relación inversa entre el número de camas en los hospitales psiquiátricos y el número de encarcelamientos. Desde entonces, han sido múltiples las investigaciones sobre frecuencias de patología psiquiátrica y problemáticas asociadas en los centros penitenciarios de todo el llamado “primer mundo”, sirva como referencia el meta-análisis realizado por Fazel en 2002². En común a todos ellos, prevalencias mayores que las observadas en la población general para todas las categorías diagnósticas y como diferencia más notable las cifras tan dispares encontradas en el ámbito de los trastornos de personalidad (una categoría que suscita recelos en los ámbitos nosológicos más estrictos) y en el de las adicciones (en función de las sustancias incluidas).

La prescripción de psicofármacos es en el medio penitenciario la principal modalidad de actuación ante las quejas psíquicas³. Datos recientes con respecto a la proporción de población penitenciaria que recibe tratamiento psicofarmacológico en otros países presentan una oscilación entre el 13,5% y el 25%⁴⁻⁶. En nuestro país, en un estudio realizado en el año 1998 se encontró que un 28% de los internos de la prisión de León tenía prescrito algún psicotropo (frente a un 7,6% de la población general de la misma provincia), porcentaje similar al encontrado por Espinosa en los centros catalanes durante el año 2003^{7,8}.

En los últimos años, la literatura científica da por superada la polémica inicial sobre el posible uso punitivo-coercitivo de estas sustancias, pero ha saltado la alarma ante un hipotético consumo elevado. Así, se centra ahora la atención en el análisis comparativo de la cuantía, los costes y los perfiles del uso de psicofármacos entre el medio penitenciario y la comunidad, así como en la evaluación de la adecuación de la prescripción y las posibilidades de racionalización del gasto. Están sobre la mesa aspectos farmacoeconómicos como la eficiencia o no de la sustitución radical de los fármacos clásicos en el tratamiento de la depresión o la psicosis por los de última generación⁹ o la pertinencia de utilizar, entre otros, modernos antiepilépticos o neurolépticos en indicaciones aún no

aprobadas por los organismos internacionales de farmacovigilancia, aunque muy extendidas¹⁰.

Existen diversos **factores que contribuyen al elevado consumo de psicofármacos en las prisiones:**

— La patente “psiquiatrización” de las reacciones psíquicas ante acontecimientos vitales y de los actos delictivos como fenómeno sociocultural del que las prisiones no son ajenas.

— La creciente prevalencia de trastornos mentales en el medio penitenciario^{11,12,5}.

— Las características de funcionamiento del sistema sanitario de la prisión¹³, entre ellas una gran accesibilidad a las consultas médicas y las mayores posibilidades, del medio cerrado, de detección y seguimiento (con posibilidad de supervisar la toma).

— Una elevadísima comorbilidad del abuso de sustancias que condiciona una demanda excesiva de estos fármacos y puede dar lugar a una prescripción por complacencia relacionada no sólo con un conflicto médico-paciente, sino incluso con el nivel de tensión general entre los internos¹⁴.

— La proliferación actual de nuevas utilidades terapéuticas para fármacos de última generación en conductas disfuncionales de los trastornos de personalidad, diagnóstico que en las prisiones ha pasado de obviarse a alcanzar incluso el 80% de prevalencia¹⁵; o como anti-impulsivos o anticraving en problemas de consumo de sustancias...

La discusión sobre la adecuación del perfil actual del uso de psicofármacos en este entorno no discurre, a pesar de lo acuciante del problema, en términos estrictamente económicos. En el ámbito global del coste-eficiencia, diversos autores han denunciado que la mayoría de las evaluaciones fármaco-económicas que apoyan el uso de los nuevos antipsicóticos (responsables en gran parte del salvaje incremento de costes) tienen sesgos metodológicos y no estudian suficientemente el impacto de los efectos secundarios^{16,17,18,19}, aspecto que debe ser cuidadosamente valorado al usar un fármaco en una indicación no aprobada (p.ej., un antipsicótico como hipnótico o como anti-impulsivo). Cuestión ésta que nos remite a “la pregunta clave”: ¿el incremento del gasto psicofarmacológico en el medio penitenciario se corresponde verdaderamente con una mejor atención a la población? El primer paso para encontrar respuesta será obtener información detallada respecto a qué, cuánto y cómo se prescribe en este medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un estudio epidemiológico descriptivo transversal realizado entre la población peniten-

ciaria del CP Madrid III con el objetivo de describir el uso de psicofármacos sin introducir variación alguna con respecto al funcionamiento habitual.

Se definió psicofármaco como fármaco de la familia de los ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos o antiepilépticos.

Se estableció un período de estudio de dos semanas estándar del calendario asistencial. Únicamente se excluyó a la población de la Sección Abierta y a aquellos tránsitos con estancias en el centro menores de 48 horas. Se recopilaban a día 6-6-05 todas las fichas de tratamiento vigentes que incluían algún psicofármaco. El resto de nuevas prescripciones, suspensiones de tratamientos y cambios desde el día 7 de junio al 19 de junio, ambos incluidos, se fueron recogiendo a diario mientras duró el estudio. La información relativa a los tránsitos (internos procedentes de otras prisiones y que estaban de paso) e ingresos se recogió a través de un protocolo específico. Todos estos datos fueron informatizados en un archivo Excel que incluía las variables: Número de Identificación de Seguridad (NIS) del interno, que se eliminó una vez depurada la base de datos para preservar el anonimato de los participantes; módulo al que pertenece; principio activo prescrito; dosis diaria total en miligramos; fecha de inicio; fecha de suspensión; tránsito o fijo. A partir de las fechas de inicio y suspensión del tratamiento, se creó la variable: "duración en días de la prescripción" para el período de estudio (máximo, 14 días).

Cada módulo tiene un médico de atención primaria asignado de forma estable, con lo que la variable Módulo nos da información indirecta del prescriptor. Se creó, además, una variable para definir si las prescripciones habían sido revisadas por la psiquiatra a partir del listado de consulta del último año. Con el Sistema de Información de Régimen Penitenciario, se localizaron las fechas de nacimiento correspondientes a los NIS de sujetos con psicofármacos y se incluyó la variable edad junto con otros datos epidemiológicos como la nacionalidad, la situación penal (condenado o preventivo) y el grado.

Se recodificaron los principios activos en 5 subgrupos terapéuticos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos y antiepilépticos). Para el cálculo de las DDD (Dosis Diarias de Mantenimiento) se utilizaron los valores de referencia para cada principio activo del Nomenclátor Digitalis actualizado a 2005; para el de los costes, los precios de las ofertas más económicas para cada principio activo recibidas en farmacia desde el inicio del 2005 hasta comenzar el estudio. El número de DDDs correspondiente a cada prescripción se calculó mediante el producto

de la dosis diaria en miligramos por el valor de DDD asignado al principio activo en dicha clasificación oficial. Finalmente, la Dosis Habitante Día (DHD) se calculó mediante la fórmula: $DHD = (\sum DDD \text{ en } 14 \text{ días} / 1.368 \times 14) \times 1.000 \text{ habitantes}$ (siendo 1.368 el número total de internos a mitad de período).

En cuanto al **análisis estadístico**: las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas se resumen en media y desviación estándar (DS) o en mediana y rango intercuartílico (RIQ) en caso de no ajustarse a una distribución normal. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de χ^2 de Pearson y el test exacto de Fisher cuando la frecuencia esperada era inferior a 5 en más del 25% de los casos. La comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas se ha efectuado mediante los tests de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk. Para la comparación de variables cuantitativas se ha empleado la prueba t de Student, en caso de distribución normal, y el test de la mediana para las variables resumidas en mediana y RIQ. En todos los contrastes de hipótesis se ha asumido un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). Los programas informáticos empleados para el análisis estadístico han sido SPSS v.12 y CIA.

RESULTADOS

La población a estudio está compuesta por 1.099 internos fijos y 268 tránsitos, por tanto en dos semanas de investigación se incluyeron los datos de un total de 1.368 internos. El 23,46% de esta población tenía prescrito algún psicofármaco (Intervalo de Confianza del 95% = 21,29%-25,78%). Tomando como punto de corte el día 6/06/05, el 15,5% de los internos de la prisión habían sido valorados por el psiquiatra en algún momento en el último año (Intervalo de Confianza del 95% = 13,4%-17,8%). De este 15,5% un porcentaje difícil de determinar no consumía ya psicofármacos.

Entre las personas a tratamiento, la distribución de acuerdo con el número de psicofármacos prescritos por individuo se muestra en la figura I. El 76% de los internos que recibían algún psicotropo (Intervalo de Confianza del 95% = 65,8%-86,7%) tomaban en ese momento uno o dos fármacos (por ejemplo, un antidepresivo y un hipnótico).

Entre los días 6 y 19 de junio de 2005, se anotaron en las fichas de tratamiento 639 prescripciones de psicofármacos. El consumo total en DDDs que supusieron estas prescripciones ascendió a 9.839,74 DDDs

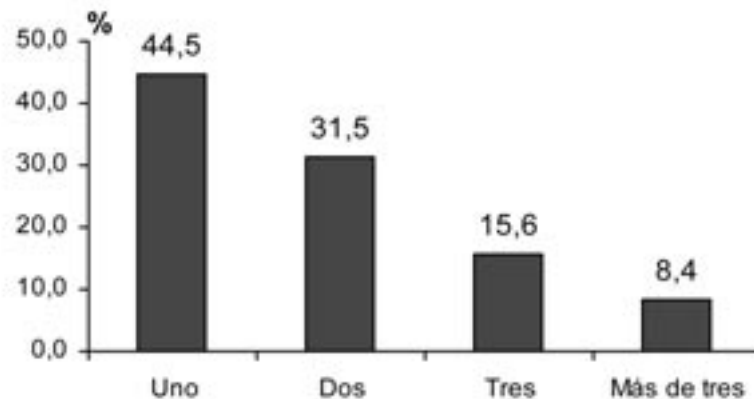


Figura I. Distribución de la población a tratamiento según el número de psicofármacos prescritos por interno.

lo que, traducido a Dosis Habitante Día, supone 513,77 DDDs por 1.000 internos al día.

En la tabla I se expresan las distribuciones por subgrupos de psicofármacos de los internos con tratamiento de este tipo y de las prescripciones anotadas durante el período a estudio. La razón de que los porcentajes de internos con medicaciones de distintos subgrupos no sumen el 100% es que un interno

puede acumular prescripciones de distintos psicofármacos (p. ej., un ansiolítico y un antidepresivo, con lo que estaría incluido en el 37,7% de internos a tratamiento con antidepresivos y también computaría en el 65,1% de internos con ansiolíticos). Los dos subgrupos de psicofármacos más prescritos son los ansiolíticos y los antidepresivos tanto por el porcentaje de internos que los reciben como por el número de

Psicofármaco	Internos	%	IC 95%
Antidepresivos	121	37,7	32,6-43,1
Antipsicóticos	88	27,4	22,8-32,5
Antiepilépticos	26	8,1	5,6-11,6
Ansiolíticos	209	65,1	59,7-70,1
Hipnóticos	106	33,0	28,1-38,3
TOTAL	321		

Psicofármaco	Prescrip.	%
Antidepresivos	129	20,2
Antipsicóticos	120	18,8
Antiepilépticos	32	5,0
Ansiolíticos	247	38,7
Hipnóticos	111	17,4
TOTAL	639	100%

Tabla I. Distribución por subgrupos de psicofármacos de internos y de prescripciones.

Psicofármaco	n	%	Psicofármaco	N	%
ANTIDEPRESIVOS			ANTIPSIKÓTICOS		
Amitriptilina	33	25,6	Amisulpiride	1	0,8
Citalopram	4	3,1	Clotiapina	4	3,3
Clomipramina	1	0,8	Haloperidol	6	5,0
Escitalopram	2	1,6	Levomepromacina	8	6,7
Fluoxetina	17	13,2	Litio	5	4,2
Mirtazapina	31	24,0	Olanzapina	32	26,7
Paroxetina	24	18,6	Perfenacina	1	0,8
Sertralina	5	3,9	Quetiapina	18	15,0
Trazodona	3	2,3	Risperidona	16	13,3
Venlafaxina	9	7,0	Risper. Consta	13	10,8
Total	129	100,0	Sulpirida	2	1,7
ANTIPIKÉPTICOS			Tiaprida	2	1,7
Carbamacepina	3	9,4	Ziprasidona	1	0,8
Gabapentina	14	43,8	Zuclopentixol	5	4,2
Oxcarbamacepina	2	6,3	Zuclop. Depot	6	5,0
Topiramato	13	40,6	Total	120	100,0
Total	32	100,0	HIPNÓTICOS		
ANSIOLÍTICOS			Clormetiazol	1	0,9
Alprazolam	5	2,0	Doxilamina	7	6,3
Bromazepam	27	10,9	Flurazepam	6	5,4
Clonazepam	41	16,6	Lormetazepam	76	68,5
Clorazepato	50	20,2	Midazolam	2	1,8
Diazepam	53	21,5	Zaleplon	13	11,7
Diazepam + Sulpiride	3	1,2	Zolpidem	5	4,5
Ketazolam	11	4,5	Zopiclona	1	0,9
Lorazepam	27	10,9	Total	111	100,0
Medazepam	27	10,9			
Hidroxizina	3	1,2			
Total	247	100,0			

Tabla II. Distribución prescripciones por subgrupos y por principios activos.

prescripciones. Un 27,4% de los internos que reciben algún psicofármaco tiene prescrito algún antipsicótico y los subgrupos de ansiolíticos e hipnóticos (benzodiazepinas en su mayoría) suman más de la mitad de las prescripciones (el 56,1%).

En la distribución por subgrupos y principios activos de las prescripciones (tabla II) destacan las siguientes sustancias:

- Entre los antidepresivos, el más prescrito es la Amitriptilina y en un porcentaje similar la Mirtazapina (ambos principios activos suman el 49,6% de todas las órdenes de tratamiento con antidepresivos registradas durante el estudio). La paroxetina con un 18,6% de las prescripciones, es el tercero en porcentaje.

- En el grupo de los antipsicóticos, las prescripciones están más repartidas entre las distintas sustancias. Sin embargo, la Olanzapina acumula el 26,7% de las órdenes de tratamiento, seguida de la Quetiapina (15%) y de la Risperidona (13,3%). El conjunto de estos tres fármacos justifica un 55% de las prescripciones de antipsicóticos.

- Entre los antiepilépticos con utilidad potencial en psiquiatría, la gabapentina y el topiramato suman el 84,4% de las prescripciones.

- Del subgrupo de los hipnóticos destaca el hecho de que más del 68,5% de las órdenes de tratamiento correspondan al Lormetazepam.

- Entre los ansiolíticos, las prescripciones están más repartidas y ninguno de los principios activos

Módulo	Total €	Mediana	P ₂₅	P ₇₅
Antidepresivos	608,72	6,30	1,80	7,28
Antipsicóticos	3856,74	14,17	2,55	45,78
Antiepilépticos	442,53	10,17	6,68	16,28
Ansiolíticos	341,89	0,67	0,38	1,44
Hipnóticos	108,26	0,56	0,28	0,93

*Test de la mediana (global): $p < 0,0001$

Tabla III. Distribución del gasto (€) por subgrupos de psicofármacos.

acumula porcentajes que alcancen el 25%. Así, las sustancias más prescritas son el Diazepam (21,5%), el Clorazepato (20,2%) y el Clonazepam (16,6%).

Se encontraron diferencias significativas (test de la mediana de Kruskal-Wallis) entre las dosis medias utilizadas durante los 14 días que duró el estudio para los distintos principios activos (siempre tomando como referencia las DDDs, dosis definidas como de mantenimiento para la indicación más habitual del fármaco). Las diferencias entre los antidepresivos ($p = 0,003$) oscilaron entre una media de 9,8 DDDs de los antidepresivos tricíclicos (lo que supone que la dosis media de este tipo de fármacos es ligeramente menor que la dosis de mantenimiento en su uso como antidepresivos) y una media de 16 DDDs de la Venlafaxina, siendo 15 DDDs la media correspondiente a los antidepresivos ISRSs (los más próximos a las 14 DDDs que corresponderían con una dosificación para dos semanas ajustada a la recomendada para la depresión). En el caso de los antipsicóticos las diferencias ($p < 0,001$) son aún más marcadas y se hallaron valores medios de 5,1 DDDs para la Quetiapina, 6,3 DDDs para la Risperidona y 14,1 DDDs para la Olanzapina. También entre los ansiolíticos la comparación resultó significativa ($p < 0,001$) con oscilaciones tan notables como la existente entre la media de 40,4 DDDs del Alprazolam y las 5,6 del Diazepam. Las dosis medias de los antiepilépticos arrojaron también diferencias significativas ($p = 0,008$): 5,3 DDDs de la Carbamacepina y Oxcarbacepina; 8,4 DDDs de la Gabapentina y 4,7 del Topiramato.

En cuanto a la distribución de las prescripciones por subgrupos de psicofármacos, la variable que se mostró asociada a diferencias más significativas fue el módulo. Entre los internos a tratamiento con psicofármacos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre variables individuales como la

media de edad, la nacionalidad, el grado o el tipo de condena y el hecho de estar o no a tratamiento con un antidepresivo, con un antiepiléptico, o con un hipnótico. Sólo en el caso de los antipsicóticos la edad media de los internos que recibían este tipo de medicación (35,5 años) resultó significativamente menor ($p = 0,02$) que la de aquellos que tenían prescrito algún otro tipo de psicotropo (39,9 años) y en el de los ansiolíticos se encontraron diferencias significativas ($p = 0,002$ y $p = 0,04$) en el porcentaje de prescripciones en función del tipo de condena y del grado a favor de los internos con condena con respecto a los preventivos y a los clasificados como primer y segundo grado con respecto a otras categorías. El módulo en el que estaban destinados los internos resultó relevante no sólo con respecto al tipo de psicotropo que recibían: un antidepresivo ($p = 0,05$), un antipsicótico ($p < 0,001$), un hipnótico ($p < 0,001$), sino también en relación con la probabilidad de que la prescripción hubiese sido revisada por el especialista y con el precio medio de la medicación suministrada.

El gasto total en psicofármacos acumulado en las dos semanas de estudio asciende a 5.379,27 €. Tal y como se refleja en la tabla III, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las medianas de gasto a lo largo del período de estudio de los distintos subgrupos de psicofármacos. El gasto en antipsicóticos (3856,74 euros) supone el 71,7% del coste total de las medicaciones psiquiátricas prescritas y se corresponde con los tratamientos suministrados a 88 internos; le sigue el gasto en antidepresivos (608,72 euros) siendo un total de 121 internos los que recibieron este tipo de medicación y a continuación los antiepilépticos, un subgrupo cuyo coste ascendió a 442,53 € y que fue prescrito a 32 individuos. La partida más barata corresponde a ansiolíticos e hipnóticos (ambos suman el 7,4% del total de gasto en psicofármacos durante el período a estudio).

DISCUSIÓN

En las prisiones españolas el gasto correspondiente a neurolépticos de compra centralizada (Risperidona y Olanzapina) por interno al mes experimentó un incremento interanual entre los años 2003 y 2004 de un 59,36% (datos de la Memoria Anual de Farmacia de Instituciones Penitenciarias). Puesto que los precios de estas medicaciones no se modificaron al alza, hay dos posibles explicaciones al fenómeno, o bien hubo una entrada masiva de enfermos psicóticos durante ese año o bien estos antipsicóticos se emplearon con mayor frecuencia en usos distintos de su indicación autorizada. No es de extrañar, teniendo en cuenta que un fenómeno similar se da con otros subgrupos de psicofármacos (entre los que destacan los nuevos antiepilépticos), que en febrero de 2006 la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria envía a los centros una circular¹⁰ acerca del uso de antiepilépticos y antidepresivos en indicaciones no autorizadas en la ficha técnica del producto.

A pesar de tratarse de un centro que recibe un elevadísimo aflujo de presos de otros centros (con cantidades significativamente mayores de medicación psiquiátrica que su población fija), Madrid III ocupó la duodécima posición de menor gasto farmacéutico de adquisición centralizada (de entre un total de 64 prisiones) y el gasto en neurolépticos se redujo, en contra de la tendencia general, en el año 2004 con respecto a 2003 en un 7,10%. Aun así, el estudio que nos ocupa arroja un gasto en psicofármacos en las dos semanas evaluadas que, de mantenerse a lo largo de todo el año, supondría alcanzar la cifra de 140.237 euros. ¿Cuáles son los posibles factores implicados en el desorbitante aumento del uso de psicofármacos en el medio penitenciario?, ¿qué condicionantes posibilitan que un centro realice una mejor gestión del gasto?

Por tratarse de un estudio meramente descriptivo, no es posible extraer conclusiones de tipo causal, sin embargo, los resultados apuntan algunos indicios y asociaciones novedosas.

El porcentaje de internos a tratamiento con psicofármacos es en Madrid III ligeramente inferior al encontrado en otros centros españoles por las investigaciones de los últimos años, no obstante la diferencia apenas alcanza el 5%. Una proporción importante de las personas que reciben este tipo de medicación toma sólo uno o dos fármacos, primordialmente un ansiolítico, un hipnótico o ambos (la polifarmacia escasea, lo que es indicador de calidad). Es probable que la gran diferencia (a efectos de gasto) entre nuestro centro y otros sea una menor pro-

porción de internos a tratamiento con antipsicóticos y antiepilépticos de última generación en uso compasivo ya que estas partidas dan cuenta de un porcentaje sustancial de los costes (sólo dos fármacos Olanzapina y Risperidona justifican el 52% del total, 2.814 euros, a pesar de que suman únicamente el 7% de las prescripciones).

Aun cuando el estudio no recogía información relacionada con la indicación ni con las categorías diagnósticas, hay claros indicios de que el uso compasivo es una práctica habitual en este medio:

- Las proporciones de internos a tratamiento antipsicótico y especialmente antiepiléptico superan a las correspondientes a las prevalencias esperadas de psicosis y epilepsia en el medio penitenciario (prácticamente las únicas indicaciones aprobadas).

- En el ranking de antidepresivos y antipsicóticos más utilizados se encuentran en primerísimos puestos sustancias que no son de primera elección para el tratamiento de estos cuadros, como la Amitriptilina o la Mirtazapina (en el caso de los primeros) o la Quetiapina (entre los segundos).

- Las dosis medias utilizadas de la mayor parte de los antiepilépticos de última generación (Topiramato y Gabapentina) y de algunos antidepresivos (Amitriptilina y Mirtazapina) y antipsicóticos (Quetiapina y Risperidona) son muy inferiores a las dosis diarias recomendadas para sus indicaciones principales.

- La proporción de prescripciones de antipsicóticos de última generación revisadas por la psiquiatra (el 19%) resultó significativamente menor que la de ansiolíticos o antidepresivos (el 30 y el 39% respectivamente), quizás porque el uso compasivo de los antipsicóticos no se asocia con cuadros clínicos de gravedad (como la psicosis), por lo que los médicos no consideran derivar el caso al especialista (por ejemplo, al prescribir Quetiapina en dosis bajas como hipnótico).

El trabajo presenta, además, diversas limitaciones a la hora de obtener resultados concluyentes, la más importante quizás es la de no permitir comparaciones entre la población del centro que no recibía psicofármacos y la que sí los tenía prescritos, así la mayoría de las comparaciones se realizaron entre los internos que recibían un tipo de medicación (p. ej., antidepresivos) y el resto de los sujetos a tratamiento. Otras limitaciones están relacionadas con el objetivo inicial de no introducir con el estudio ningún tipo de modificación en las pautas de prescripción ni en la dinámica de recolección de datos que pudiese falsear los resultados de modo que las imperfecciones de los métodos habituales de registro han condicio-

nado hechos como la no recogida de la variable médico prescriptor como tal o el mayor porcentaje de datos incompletos en relación con los tránsitos. Sin embargo el empeño en no utilizar medios de registro “artificiales” sino las fichas de tratamiento individuales es también la gran fortaleza del trabajo a efectos de obtener información más detallada y centrada en el interno en tratamiento, ya que en muchos otros estudios los datos de consumo y costes se extraían de albaranes anuales de farmacia, con la inexactitud que ello implica.

Uno de los resultados más novedosos se refiere a posibles asociaciones de variables dependientes del individuo (epidemiológicas y penales) con la prescripción de distintos subgrupos farmacológicos. Estudios previos ponían de manifiesto asociaciones significativas entre variables como el tipo de condena o el grado y la probabilidad de recibir tratamiento psicofarmacológico y parecía previsible que la nacionalidad tuviese también una influencia en la prescripción en nuestro centro. La comparación se llevó a cabo entre los distintos subgrupos (antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos...) y sólo se encontraron diferencias significativas para los antipsicóticos (en relación con la edad media de los internos que los recibían) y para las benzodiazepinas cuyos patrones resultaron muy similares a los hallados por otras investigaciones para los psicofármacos en general. Puede que este hallazgo apunte a la existencia de un sesgo derivado de los antecedentes de politoxicomanía que explicaría la tan recurrente asociación de variables penales con la toma de medicación psiquiátrica, ya que los ansiolíticos son en todos los estudios la primera categoría en el ranking por consumo. La nacionalidad, al contrario de lo esperado, no demostró asociación con la prescripción de uno u otro subgrupo de psicofármacos.

A pesar de lo novedoso del hallazgo anterior, no cabe duda de que el resultado más destacable del trabajo es otro y tiene consecuencias, de confirmarse en estudios específicamente diseñados, que serían de trascendencia para el diseño de cualquier política de racionalización del gasto. Los resultados apuntan al médico de atención primaria (indirectamente registrado en la variable módulo) como pieza clave que condiciona qué, cuánto, cómo (con supervisión psiquiátrica o no) y a qué precio se prescribe en el ámbito de los psicofármacos. Su labor de gestión permanece en la sombra las más de las veces y no se reconoce ni incentiva suficientemente desde la administración, queda así al albur de factores de índole personal un papel sustancial en un ámbito saturado, con crecientes dificultades para la provisión de las plantillas mínimas

de profesionales sanitarios indispensables para atender a la población. Un ámbito en el que la psiquiatría de las conductas disruptivas puede “secuestrar” porcentajes escandalosos del presupuesto con muy dudosos beneficios y no suficientemente valorados riesgos para la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gunn J, Madeu A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991; 303: 338-341.
2. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000; 23: 649-663.
3. Pérez E. ¿Psiquiatría penitenciaria? *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 97-101.
4. Torrey EF. Jails and prisons. America's new mental hospitals. *Am J Public Health* 1995; 85 (12): 1611-3.
5. Hartvig P, Ostberg B. Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons. *Tidskr Nor Laegeforen* 2004; 124 (16): 2091-2093.
6. Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, Kuisma I, Norbeck P, Rustad AB, Seem M, Vik TG. Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. *BMC Psychiatry* 2006 Jun 7; 6: 27.
7. Cañas M. Utilización de psicofármacos en centros penitenciarios. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 327.
8. Espinosa MI, Laliga A. Evolución del gasto farmacéutico en centros penitenciarios de Cataluña. Comunicaciones V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit* 2005; 7: 49.
9. Lund BC, Flaum M, Adam LA, Perry PJ. Psychiatric Prescribing Trends and Practices in Iowa's prisons. *Psychiatric Services* 2002; vol 53 (8): 1023-1024.
10. Oficio 14/02/2006. Uso compasivo. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
11. Brinded PMJ, Simpson AIF, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F. Prevalence of psychiatric disorders in the New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 166-173.

12. Carrá G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati a una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2004; 13: 47-54.
13. Cañas MA, Cañas J, Torre MA. Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis Comparativo. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 106-110.
14. Monceau M, Jaeger M. La consommation des médicaments psychotropes en prison. *Soins* 1995, 598: 41-44.
15. Langevedl H, Melhus H. Are psychiatric disorders identified and treated by in-prison health services? *Tidskr Nor Laegeforen* 2004, 124 (16): 2094-2097.
16. Gilbody SM, Song F, Eastwood AJ, Sutton A. The causes, consequences and detection of publication bias in Psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (4): 241-9.
17. Ortiz A, De la Mata I. Nuevos antipsicóticos. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2001. 25 (1): 5-7.
18. Duggan M. Do new prescription drugs pay for themselves? The case of second-generation antipsychotics. *Journal of Health Economics* 2005; 24: 1-31.
19. Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technol Assess* 2003; 7 (13)

CORRESPONDENCIA

Centro Penitenciario Madrid III.
Ctra. Pinto a S. Martín de la Vega, Km. 5.
CP 28340 Valdemoro.
MADRID.
Dirección correo electrónico:
orlambda@gmail.com.